Aus der Universitäts-Frauenklinik zu Berlin
(Dir.: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Bumm)

Ueber den hohen Gradstand

Auszug

aus der

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der

Medizinischen Doktorwürde

an der

Friedrich-Wilhelms-Universität
zu Berlin.

Von

Konrad Otto Haberlandt
approb. Arzt aus Freienwalde a. d. Oder.

BIBLIOTHEEK RIJKS UNIV. LEIDEN

Tag der Promotion: 7. März 1921

Emil Ebering, Berlin NW. 7, Mittelstraße 29.

349

Gedruckt mit Genehmigung
der
Medizinischen Fakultät der Universität Berlin

Dekan: Prof. Dr. **Rubner**
Referent: Prof. Dr. **Bumm**

Einleitend wird ein geschichtlicher Ueberblick über die Beurteilung des hohen Gradstandes gegeben, worin gezeigt wird, wie der hohe Gradstand bis zur Mitte des 18. Jahrhunderts als die normale Einstellungsart galt, danach aber, als Anomalie erkannt, allmählich in Vergessenheit geriet, bis seit etwa 20 Jahren wieder häufiger Beobachtungen über ihn mitgeteilt wurden. Insgesamt sind jedoch nur etwa 105 Fälle von hohem Gradstand veröffentlicht. Deshalb werden in vorliegender Arbeit weitere 28 Fälle (darunter 3 von Positio sacralis) zusammengestellt, beobachtet an der Univers. Frauenklinik zu Berlin (Direktor: Geh. Rat Prof. Dr. Bumm) in der Zeit von Oktober 1910 bis April 1920. Nach auszugsweiser Wiedergabe der Geburtsberichte dieser 28 Fälle werden die an ihnen gemachten besonderen Beobachtungen herausgehoben und im Vergleich mit der Literatur beleuchtet. Die Ergebnisse der Betrachtung sind folgende:

1. Die Häufigkeit des hohen Gradstandes ist wesentlich grooßer als früher angenommen; das Verhältnis der Häufigkeit der beiden Arten des Gradstandes, Positio occ. pubica und sacralis, zu einander ist bei Zusammenstellung sämtlicher veröffentlichten Fälle wie 2,1 : 1.

2. Die Frage nach der Aetiologie des hohen Gradstandes, bisher ungeklärt, beschäftigt sich hauptsächlich mit der Bedeutung der Rückendrehung, der Beckenform und der Form des kindlichen Schädels. Der Rückendrehung kann m. E. nur die Stellung eines Gelegenheitsbefundes eingeräumt werden, wie unsere Fälle zeigen. Die Aetiologie aus der Beckenform erscheint nur bei querverengten Becken verständlich, wenn auch dort nicht erwiesen. Beckenverengerung ist zwar häufig ein gleichzeitiger Befund (auch in 59 % unserer Fälle), ihr kommt jedoch m. E. nur die Rolle eines diagnostischen Momentes zu. Die Form des kindlichen Schädels erscheint nach den Literaturangaben ätiologisch bedeutsam (unseren Fällen mangeln Beobachtungen darüber). Vielleicht liegt die Ursache des Gradstandes daher in einer Haltungsanomalie des kindlichen Kopfes.

3. Bezüglich des Verlaufes des hohen Gradstandes wird erst der allgemeine Verlauf, dann der spezielle Geburtsmechanismus betrachtet: Ersterer wird durch den hohen Gradstand vielfach ungünstig beeinflußt, einmal durch verlängerte Geburtsdauer, die ihren Grund in erschwerter Ueberwindung des

Beckeneinganges hat (gegenteilige Beobachtungen sind offenbar Ausnahmen), ferner durch ernste Gefahren für Mutter und Kind, die häufig Anlaß zu schweren Eingriffen geben (nach v. Jaschke nur 25 % Spontangeburten, nach unseren Fällen 32,1 %). Der Geburtsmechanismus ist kein einheitlicher, z. T. verschieden bei der Positio pubica und sacralis. Beobachtet werden bei der Pos. pubica hauptsächlich grader Durchtritt des Kopfes und Durchtritt unter verschiedenartigen Drehungen (letztere Art scheint häufiger zu sein); bei der Pos. sacralis Drehung des Kopfes um zwei Quadranten oder wieder grader Durchtritt (letztere Form erscheint von untergeordneter Bedeutung). — Die Schwere des Geburtshindernisses am Beckeneingang zeigt sich auch in starken, z. T. besonderen Konfigurationen und Druckmarken am kindlichen Kopfe.

4. Die Diagnose stützt sich auf die Richtung der Pfeilnaht, die nicht immer ausgesprochen grade verläuft, z. T. weiter (nach der Literatur) auf den Befund leerer Räume neben dem Hinterhaupt, den eigentümlichen Verlauf der Kranznaht und extremen Tiefstand der kleinen Fontanelle mit Freibleiben der hinteren Beckenhälfte.

5. Die Prognose ist entsprechend dem Verlauf weniger günstig für Mutter, wie Kind, — für die Mutter durch die Gefahren der verlängerten Geburt (schwere Eingriffe), für das Kind durch die häufig eintretende Asphyxie (28,5 % unserer Fälle). Sterblichkeit der Kinder jedoch nicht sehr hoch — soweit Literaturangaben darüber vorhanden sind. —

6. Die Therapie des hohen Gradstandes wird sehr verschieden gehandhabt. Vielfach werden Eingriffe nur aus besonderer Indikation gestattet. Die am häufigsten angewandten Operationen sind: die Zange (z. T. hohe Zange) und Wendung mit Extraktion. Außerdem werden angewendet: Walchersche Hängelage, Kaiserschnitt, Symphyseotomie und Hebosteotomie, sowie als besondere Methoden: die Henkelsche kombinierte Drehung und die Kopfdrehung mit der Zange. Seitenlagerung allein ist (nach den Literaturangaben) erfolglos. M. E. ist die abwartende Therapie nicht allgemein zu empfehlen (im Hinblick auf die relativ geringe Zahl der Spontangeburten und die große Häufigkeit der Komplikationen). Zweckmäßig erscheint mir jedesmal der Versuch der inneren Drehung des Kopfes, sofern er nicht eingekeilt ist und kein allgemein- oder querverengtes Becken vorliegt; bei Mißlingen dieses Versuches oder bei obigen Beckenformen sind m. E. die Wege: Wendung bei nicht zu engem Becken und Mehrgebärenden, cervikaler Kaiserschnitt bei stärkerer Beckenverengerung. Bei feststehendem Kopf Eingriffe wohl nur auf besondere Indikation hin, und zwar ist dann die Zange das gegebene Instrument.

Lebenslauf

Ich, Konrad Otto Haberland, wurde am 16. 7. 1893 in Freienwalde a. O. geboren, absolvierte ebenda das Kgl. Gymnasium und studierte vom W.-S. 1912 ab Medizin an der Kais. Wilh.-Akademie für das militärärztliche Bildungswesen zu Berlin. Von 1914—18 nahm ich am Kriege teil, seit 15. 3. 1917 als Feld-Unterarzt resp. Hilfsarzt. Am 28. 2. 1917 bestand ich das Physikum, nach dem Kriege, Frühjahr 1920, das ärztl. Staatsexamen in Berlin. Am 24. 3. 1920 erhielt ich die Approbation. Seitdem habe ich mich weiterer ärztl. Ausbildung in Säuglingskrankheiten, Geburtshilfe und Chirurgie gewidmet.